

Полисные условия смешанного страхования на случай диагностирования заболеваний

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВИРУС КОНТРОЛЬ»

Утверждены приказом № 807/20 от 26.10.2020

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Стороны используют в настоящих Полисных условиях следующие термины, имеющие определенное значение применительно ко всему тексту настоящих Полисных условий:

COVID-19 – коронавирусная инфекция или острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), вызываемый коронавирусом SARS-CoV-2.

SARS-CoV-2 – одноцепочный РНК-вирус, представитель семейства коронавирусов, относящийся к роду Betacoronavirus. Относится к подроду Sarbecovirus.

Анализ на антитела IgM – иммуноферментный анализ, который позволяет выявить антитела класса IgM к коронавирусу SARS-CoV-2.

Анализ на антитела IgG – иммуноферментный анализ, который позволяет обнаружить в крови антитела класса IgG к коронавирусу SARS-CoV-2.

Анализ ПЦР – полимеразная цепная реакция (ПЦР) – высокоточный метод молекулярно-генетической диагностики, который позволяет выявить у человека различные инфекционные и наследственные Заболевания.

Врач – специалист с законченным высшим медицинским образованием, что подтверждается соответствующим документом, имеющий право заниматься медицинской деятельностью, не являющийся родственником и (или) членом семьи Застрахованного лица и (или) Выгодоприобретателя и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с Медицинским учреждением.

Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. В целях настоящих Полисных условий Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо (каждое в отношении себя).

Грипп – в целях настоящих Полисных условий Гриппом признается острая респираторная инфекция, вызываемая вирусами гриппа (группа вирусных инфекций, состоящая из 4 монотипных родов: Alphainfluenzavirus, Betainfluenzavirus, Gammainfluenzavirus и Deltainfluenzavirus, принадлежащих семейству ортомиксовирусы (Orthomyxoviridae).

Договор страхования – соглашение, заключенное между Страховщиком и Страхователем, согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (Страховую премию), оплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором сумму (Страховую выплату в пределах Страховой суммы) в случае наступления предусмотренного Договором страхования Заболевания. Заключение Договора страхования подтверждается Страховым сертификатом, вручаемым (направляемым) Страхователю Страховщиком. Полисные условия в любом случае являются неотъемлемой частью Договора страхования.

Заболевание – диагностированное сертифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

Законные представители Ребенка (Детей) – в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: родители, усыновители, попечители и опекуны, предоставившие оригиналы или нотариально заверенные копии документов, необходимых для подтверждения статуса Законного представителя Ребенка (Детей).

Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен и действует Договор страхования. В целях настоящих Полисных условий Застрахованными лицами могут быть как сам Страхователь, так и его Супруг/Супруга, Ребенок /Дети.

Компьютерная томография (также именуемая КТ, компьютерная аксиальная томография, КАТ) – медицинское рентгенологическое исследование, позволяющее получить рентгеновское изображение внутренних органов.

Медицинское учреждение – применительно к настоящим Полисным условиям это учреждения здравоохранения всех форм собственности, зарегистрированные и осуществляющие свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющие в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности. К Медицинским учреждениям относятся лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, клиники и другие; аптечные учреждения и (или) аптеки Медицинских учреждений.

Медицинская навигация означает услугу, в рамках которой Застрахованному лицу предоставляются рекомендации по выбору Медицинского учреждения по профилю диагностированного Заболевания в Российской Федерации; обеспечивается координация процесса получения консультации в выбранном Медицинском учреждении; консультации по вакцинации от гриппа (пункты для бесплатной вакцинации от гриппа, противопоказания и рекомендации по типам вакцины). Оказание сервиса производится партнером Страховщика.

ВАЖНО: медицинская навигация доступна только по Заболеваниям, являющимся страховыми событиями в рамках настоящих Полисных условий.

Парагрипп – в целях настоящих Полисных условий Парагриппом признается острая патология вирусной этиологии, поражающая органы дыхания, проявляющаяся катаральными и интоксикационными признаками. Возбудителем патологии является РНК-содержащий вирус из семейства Paramyxoviridae (парамиксовирусы).

Период свободного ознакомления с условиями страхования (Период свободного ознакомления) – период, начинающийся с даты заключения Договора страхования, указанной в Страховом сертификате, и длящийся 14 (четырнадцать) календарных дней, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть Договор страхования с возвратом оплаченной Страхователем Страховой премии в полном объеме.

Ребенок – для целей настоящих Полисных условий физическое лицо (лица), относящееся к категории «Дети». К категории «Дети» (далее именуется Дети) относятся: физическое лицо (лица) в возрасте от 1 (одного) года и не более 17 (семнадцати) полных лет на начало действия Договора страхования. Под Ребенком в целях настоящих Полисных условий понимается только ребенок Страхователя.

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Райффайзен Лайф», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и получившее лицензию в установленном действующим законодательством порядке.

Страхователь – дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного страхования на основании настоящих Полисных условий (далее – Договор страхования). Страхователем может выступать гражданин Российской Федерации при условии, что у такого гражданина имеется имущественный интерес в заключении Договора страхования, и Договор страхования заключается на территории Российской Федерации. В отношении

Застрахованного Ребенка Страхователем может выступать только один из его родителей, являющийся Страхователем по Договору страхования.

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

Страховой тариф – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объема страхования и характера Страхового риска.

Страховое событие (риск) – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве Страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай – свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, при условии, что оно обладает признаками вероятности и случайности наступления и произошло в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

Страховой год – календарный год (двенадцать месяцев) с даты вступления в силу Договора страхования до годовщины действия Договора страхования.

Супруг – мужчина по отношению к женщине, состоящей с ним в браке, зарегистрированном в соответствующих государственных органах, то есть к жене.

Супруга – женщина по отношению к мужчине, состоящему с ней в браке, зарегистрированном в соответствующих государственных органах, то есть к мужу.

1/ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Страховщик заключает Договоры страхования на основании настоящих Полисных условий страхования на случай диагностирования заболеваний. Программа смешанного страхования «Вирус Контроль», утв. Приказом Страховщика № 807/20 от 26.10.2020 года (далее по тексту — Полисные условия).

1.2. В соответствии с настоящими Полисными условиями и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик принимает на себя обязательство за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), оплачиваемую Страхователем, при наступлении Страхового случая в отношении Застрахованного лица осуществить Страховую выплату Выгодоприобретателю в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы.

1.3. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, должны осуществляться в письменной форме, в том числе путем направления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Страховщика, указанному в Договоре страхования, и (или) направления СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или иной службой обмена сообщениями. Все письма, заявления, дополнительные соглашения, оформленные в соответствии с Полисными условиями и Договором страхования, могут быть подписаны Страхователем как собственноручно, так и посредством простой электронной цифровой подписи.

1.4. Страхователь и Страховщик далее по тексту Полисных условий по отдельности именуется «Сторона», а совместно – «Стороны».

1.5. Территория страхования – Российская Федерация.

2/ ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, с его смертью в результате болезни, а также имущественные интересы, связанные с оплатой лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, покрываемые в соответствии с условиями настоящих Полисных условий и Договора страхования.

3/ СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Полисными условиями на страхование принимаются лица, возраст которых не менее 18 (восемнадцати) полных лет и не более 64 (шестидесяти четырех) полных лет на дату начала действия Договора страхования и не более 65 (шестидесяти пяти) полных лет на дату окончания действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. На страхование принимаются также Дети Страхователя, отвечающие критериям, указанным в определении «Ребенок». Страхование прекращает свое действие в отношении Детей Страхователя с даты достижения Ребенком 18 (восемнадцати) лет.

3.2. На страхование принимаются лица, не имеющие на момент приема на страхование и не имевшие в прошлом ни одного из перечисленных ниже Заболеваний и/или состояний:

3.2.1. не являвшиеся в прошлом инвалидами и не являющиеся инвалидами в настоящем, не имеющие направления на медико-социальную экспертизу;

3.2.2. не страдающие хроническим гепатитом любой природы (за исключением переболевших гепатитом А); циррозом печени; хроническими Заболеваниями крови, дыхательной и сердечно-сосудистой систем;

3.2.3. не инфицированные ВИЧ, не больные СПИДом;

3.2.4. не страдающие психическими Заболеваниями, эпилепсией;

3.2.5. не страдающие сахарным диабетом, туберкулезом;

3.2.6. не переносившие злокачественные онкологические Заболевания и не болеющие злокачественными онкологическими Заболеваниями в настоящем;

3.2.7. не проходящие медицинское обследование и не имеющие показания или рекомендации к прохождению медицинского обследования с целью уточнения и/или установления факта наличия любого Заболевания;

3.2.8. не имеющие рекомендаций врача к лечению любого Заболевания в стационаре;

3.2.9. не употребляющие наркотические и/или токсические вещества, не страдающие алкоголизмом и другими зависимостями;

3.2.10. не проходящие службу в вооруженных силах, не являющиеся работниками атомной промышленности;

3.2.11. не переносившие в прошлом коронавирусную инфекцию COVID-19 и не страдающие в настоящее время коронавирусной инфекцией COVID-19;

3.2.12. не имеющие на дату заключения Договора открытый листок нетрудоспособности по любому Заболеванию;

3.2.13. не являющиеся работниками медицинских учреждений и фармакологических учреждений.

3.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лица, к которому применим п. 3.2 настоящих Полисных условий, и при этом Страхователем и (или) Застрахованным лицом была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего здоровья, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и применения правовых последствий недействительности сделки, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4/ СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. По настоящим Полисным условиям Страховым случаем признается следующее событие, произошедшее в период действия Договора страхования и не являющееся исключением в соответствии с разделом 5 настоящих Полисных условий:

4.1.1. «Диагностирование Гриппа, Парагриппа или COVID-19» – установление наличия у Застрахованного лица диагнозов «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19» (U07.1 по МКБ-10), вызванных вирусом гриппа, парагриппа или SARS-CoV-2, диагностированных в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и подтвержденного данными инструментальных и лабораторных исследований. Договор страхования предусматривает не более 2 (двух) случаев обращения с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19» в течение Полисного года по каждому из указанных Заболеваний на каждое Застрахованное

лицо в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы; «Госпитализация с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19» – госпитализация Застрахованного лица с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19», вызванные вирусом гриппа, парагриппа или SARS-CoV-2, диагностированные в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и подтвержденного данными инструментальных и лабораторных исследований. Договор страхования предусматривает не более 2 (двух) случаев Госпитализации с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19» в течение Полисного года по каждому из указанных Заболеваний на каждое Застрахованное лицо в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы;

4.1.2. «Смерть по причине Гриппа, Парагриппа или «COVID-19» – смерть Застрахованного лица, причиной которой послужило вирусное Заболевание, определенное как: «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19» (U07.1 по МКБ-10), вызванная вирусом гриппа, парагриппа или коронавирусом SARS-CoV-2, диагностированные в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и подтвержденного данными инструментальных и лабораторных исследований;

4.1.3. «Компенсация расходов на приобретение лекарственных средств для лечения заболеваний «Грипп» и «Парагрипп» – компенсация расходов Застрахованного лица на лекарственные средства, выписанные Врачом в связи с установлением наличия у Застрахованного лица диагноза «Грипп» и «Парагрипп», вызванного вирусом гриппа и парагриппа, диагностированного в период действия Договора страхования путем установления Застрахованному лицу определенного диагноза квалифицированным Врачом и подтвержденного данными лабораторных исследований в пределах Страховой суммы, определенной Договором страхования на каждое Застрахованное лицо. Договор страхования предусматривает не более 2 (двух) случаев компенсаций расходов на приобретение лекарственных препаратов с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» в течение Полисного года по каждому из указанных Заболеваний на каждое Застрахованное лицо в пределах установленной Договором страхования Страховой суммы. Страховая выплата по данному риску возможна только при наступлении Страхового случая, предусмотренного п. 4.1.1 и/или 4.1.2. настоящих Полисных условий.

ВАЖНО: диагнозы «Грипп» и «Парагрипп» устанавливаются на основании клинических данных и данных проведенных лабораторных исследований. COVID-19 должен быть подтвержден не только клиническими данными, лабораторными исследованиями, но и обязательно инструментальными исследованиями (например, КТ).

4.2. Страховые события, предусмотренные в п. 4.1 настоящих Полисных условий, признаются Страховыми случаями, если факт наступления и характер события подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, установившими диагноз и проводившими лечение).

5/ ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Не признаются Страховыми случаями следующие события:

- 5.1.1. случаи обращения Застрахованного лица за Страховой выплатой до даты постановки точного диагноза квалифицированным специалистом;
- 5.1.2. случаи обращения Застрахованного лица за Страховой выплатой в связи с диагностированием ОРЗ или ОРВИ (указанием в листке нетрудоспособности диагноза ОРЗ или ОРВИ);
- 5.1.3. случаи обращения Застрахованного лица за Страховой выплатой в связи с диагностированием «Гриппа» и «Парагриппа» без проведения лабораторных исследований, а «COVID-19» – без проведения инструментальных (например, КТ) и лабораторных исследований;
- 5.1.4. Заболевания, прямо или косвенно относящиеся к ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) и/или любого Заболевания, связанного с ВИЧ, включая СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) и/или любой мутантной производной, вариациями или осложнениями данных Заболеваний, Заболевания, возникшие на фоне ВИЧ;

5.1.5. Заболевания и/или их симптомы, которые развивались, развились либо были диагностированы до заключения Договора страхования.

5.2. Кроме того, не являются Страховыми случаями расходы Застрахованного лица (по Страховому риску «Компенсация расходов на приобретение лекарственных средств для лечения заболеваний «Грипп» и «Парагрипп»):

- 5.2.1. на лекарственные препараты, назначенные в связи с Заболеваниями и состояниями, возникшими вне периода действия Договора страхования (до начала страхования или после завершения страхования);
 - 5.2.2. на лекарственные препараты, назначенные в связи с Заболеваниями и их осложнениями, диагностированными у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования;
 - 5.2.3. на лекарственные препараты, купленные в количествах, превышающих назначенные Врачом;
 - 5.2.4. на лекарственные препараты, покупка которых не подтверждена документами об оплате (чеками) и не подтверждена назначением лечащего Врача (рецептом, назначением в официальном медицинском документе, например, амбулаторной или стационарной карте);
 - 5.2.5. на лекарственные препараты, купленные не на территории Российской Федерации;
 - 5.2.6. на биологически активные добавки;
 - 5.2.7. на лекарственные препараты, предназначенные для реабилитации и восстановительного лечения (например, витамины);
 - 5.2.8. на другие вспомогательные средства и изделия (грелки, градусники, лекарственные травы, мази).
- 5.3. Любое исключение, ограничение по размеру Страховой выплаты и иные условия Договора страхования, прямо или косвенно влияющие на применение раздела 5 «Исключения» настоящих Полисных условий, допускаются по соглашению Сторон Договора страхования в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

6/ ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, когда Страховой случай наступил вследствие:

- 6.1.1. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 6.1.2. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 6.1.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 6.1.4. умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя;
- 6.1.5. совершения или попытки совершения преступления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем либо иным другим лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении Страховой выплаты по Договору страхования.

6.2. Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, если Страховое событие не было признано Страховым случаем.

7/ СТРАХОВАЯ СУММА

7.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливается размер Страховой премии и Страховой выплаты. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования по соглашению Сторон на каждое Застрахованное лицо в отдельности.

8/ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

8.1. Страховая премия по Договору страхования определяется на основе Страховых тарифов, применяемых Страховщиком.

8.2. Страховая премия оплачивается в сроки и в размере, указанном в Договоре страхования.

8.3. Если иное не установлено Договором страхования, в случае оплаты Страховой премии безналичным платежом датой оплаты Страховой премии для их перечисления на банковский счет Страховщика при условии их последующего поступления на счет Страховщика.

8.4. Если Страховую премию по поручению Страхователя оплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим такое лицо не приобретает.

9/ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику в отношении Застрахованного лица следующие обязательные сведения:

- 9.1.1. фамилия, имя, отчество;
- 9.1.2. дата рождения;
- 9.1.3. паспортные данные;
- 9.1.4. домашний адрес, телефон и адрес электронной почты.

9.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или на основании письменного заявления Страхователя, в том числе заполненного Страхователем, следуя инструкциям Страховщика в телекоммуникационной сети Интернет. Письменное заявление может составляться Страхователем на официальном сайте Страховщика или с использованием сайтов посредников Страховщика, предусмотренных для направления Заявления на страхование Страховщику. Заполненное таким образом Заявление на страхование приравнивается к письменному Заявлению на страхование, собственноручно заполненному Страхователем.

Договор страхования заключается одним из следующих способов:

9.2.1. путем акцепта Страхователем оферты Страховщика. При этом Страховщик адресует Страхователю оферту с целью заключения Договора страхования в устной форме путем телекоммуникационных средств связи и в письменном виде путем направления Страхователю оферты Страховщика по адресу электронной почты, сообщенному Страхователем. Единовременная оплата Страховой премии по Договору страхования в полном объеме является подтверждением согласия (акцептом) Страхователя с условиями страхования, изложенными в оферте и настоящих Полисных условиях. Договор страхования считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента оплаты Страхователем Страховой премии в полном объеме;

9.2.2. посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем направления оферты (Страхового сертификата, предложения заключить договор страхования) Страховщиком при условии предварительного проставления Страхователем отметок (в том числе, но не ограничиваясь, «V» или «X») в активных электронных окнах на сайте (в мобильном приложении) Страховщика или агента Страховщика, содержащих персональные данные Страхователя и условия страхования, и ее акцепта (принятия предложения) Страхователем. Совершение Страхователем, получившим оферту, в срок, установленный для ее акцепта, действий по выполнению указанных в ней условий (подтверждение согласия с условиями Договора страхования путем простановки простой электронной подписи и оплата Страховой премии) считается акцептом, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или не указано в оферте;

9.2.3. путем вручения Страхователю Страхового сертификата на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового сертификата и настоящих Полисных условий. Единовременная оплата Страховой премии по Договору страхования в полном объеме является дополнительным подтверждением согласия Страхователя с условиями страхования, изложенными в Страховом сертификате и настоящих Полисных условиях.

9.3. Стороны согласны с тем, что Страховщик вправе при подписании Страхового сертификата и иных документов, имеющих отношение к Договору страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица с помощью средств механического или иного копирования.

9.4. Если иное не установлено Договором страхования с учетом соответствующей Программы страхования, Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год.

9.5. При согласии Страховщика Срок действия Договора страхования может быть продлен на аналогичный период при условии оплаты предусмотренной Договором страхования Страховой премии в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты окончания Страхового года, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9.6. Договор страхования вступает в силу в соответствии с порядком, предусмотренным Договором страхования:

9.6.1. с 00 ч 00 мин десятого дня, следующего за днем, когда был заключен Договор страхования.

Если Страховая премия в полном объеме оплачена не была, Договор страхования в силу не вступает.

9.7. Период страхования исчисляется с даты вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой или сроком окончания действия Договора страхования, указанным в Договоре страхования.

9.8. Договор страхования может содержать иные, чем в настоящих Полисных условиях, положения, определяемые по соглашению сторон в той мере и в том содержании, которые не противоречат законодательству Российской Федерации.

9.9. Формы Страхового сертификата, прилагаемые к Полисным условиям, являются типовыми, и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного Договора страхования при соблюдении законодательства РФ.

9.10. В случае смерти Страхователя, независимо от ее причины, Договор страхования продолжает действовать в отношении остальных Застрахованных лиц.

10/ ПРЕКРАЩЕНИЕ (РАСТОРЖЕНИЕ) ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Действие Договора страхования прекращается в связи с окончанием срока действия Договора страхования или по иным основаниям, предусмотренным Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации, в том числе по следующим основаниям:

10.1.1. исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

10.1.2. по инициативе Страховщика — в случае неоплаты Страхователем Страховой премии в установленные Договором страхования сроки и размере либо в случае нарушения Страхователем иных обязанностей, предусмотренных настоящими Полисными условиями. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о причине и дате досрочного расторжения Договора страхования. Под письменным уведомлением о расторжении Договора страхования понимается направление Страховщиком письма Почтой России, направление электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя, указанному в Договоре страхования, и (или) направление СМС (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования, или с использованием иной службы обмена сообщениями;

10.1.3. по соглашению Сторон;

10.1.4. по инициативе Страхователя, при этом Договор страхования прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя на расторжение Договора страхования, но не ранее даты получения Страховщиком такого заявления;

10.1.5. если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай;

10.1.6. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

11/ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования, составленными на основании настоящих Полисных условий, по запросу Страхователя разъяснить отдельные их положения;

11.1.2. сохранять конфиденциальность информации о Страхователе/Застрахованном лице в связи с заключением и исполнением Договора страхования;

11.1.3. при наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признании его Страховым случаем произвести Страховую выплату в течение предусмотренного в Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Полисными условиями;

11.1.4. получить согласие Страхователя на обработку, хранение и иное использование его персональных данных в форме, целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации (в т.ч. в соответствии с Федеральными законами «О персональных данных», «О рекламе»), в течение неограниченного срока либо, по меньшей мере, на период осуществления Договора страхования, если в согласии не указано иное;

11.1.5. в случае выбора телекоммуникационной сети Интернет в качестве площадки для заключения Договора страхования обеспечить функционирование телекоммуникационной сети Интернет на собственной площадке (сайт Страховщика) либо на площадке партнера Страховщика.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. оплатить Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

11.2.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованного лица, а также любую другую информацию, требуемую Страховщиком, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

11.2.3. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях относительно Страхователя и/или Застрахованного лица, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене своего места жительства, рода деятельности и/или места работы, своих банковских реквизитов;

11.2.4. не позднее, чем в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении Страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, предусмотренных Договором страхования;

11.2.5. исполнять требования телекоммуникационной сети Интернет в случае ее выбора в качестве площадки для заключения Договора страхования;

11.2.6. исполнять любые иные положения настоящих Полисных условий, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

11.3.2. оспаривать действительность Договора страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

11.3.3. для принятия решения о Страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления Страхового случая, а также затребовать от Страхователя (Застрахованного лица) или наследников Застрахованного лица предоставления предусмотренных Договором страхования сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая;

11.3.4. отсрочить Страховую выплату до получения полной информации о Страховом случае и подтверждающих документов о нем;

11.3.5. принять решение об отказе в Страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах и обстоятельствах наступления Страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования;

11.3.6. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Полисных условий и Договора страхования.

11.4. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

11.4.1. получить дубликат Договора страхования (Страхового сертификата, оферты) в случае его утраты;

11.4.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

11.4.3. воспользоваться правом на применение Периода свободного означения с условиями страхования;

11.4.4. досрочно расторгнуть Договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика с указанием даты предполагаемого досрочного прекращения действия Договора страхования;

11.4.5. получать от Страховщика расчет размера Страховой выплаты (если такие условия предусмотрены Договором страхования);

11.4.6. обращаться к Страховщику с заявлением о внесении необходимых изменений в условия Договора страхования;

11.4.7. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

11.4.8. на получение Страховой выплаты в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

11.4.9. требовать от Страховщика соблюдения условий Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

11.5. договором страхования могут быть установлены иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

12/ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

12.1. При наступлении события, обладающего признаками Страхового случая, и признании его Страховым случаем Страховщик осуществляет Страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Полисных условий:

12.1.1. размер Страховой выплаты не может превышать размер Страховой суммы. Страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо в отдельности. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу;

12.1.2. страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Застрахованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Размер Страховой выплаты устанавливается в Страховом сертификате;

12.1.3. если наследником Застрахованного лица или выгодоприобретателем выступает несовершеннолетнее лицо либо лицо, признанное в течение срока действия Договора страхования недееспособным или ограниченно дееспособным, то его интересы, связанные с получением Страховой выплаты, осуществляют его законные представители. Как только такая выплата будет осуществлена Страховщиком в размере, предусмотренном Договором страхования в отношении соответствующего Страхового случая, последний освобождается в последующем от каких-либо обязательств по осуществлению Страховых выплат в отношении Застрахованного лица или их наследников.

12.2. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления и подписания страхового акта, если в Договоре страхования не указан иной срок для осуществления Страховой выплаты. Страховой акт составляется в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 12.6–12.8 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

ВАЖНО: в Полисных условиях указаны максимальные сроки принятия решения Страховой компанией. На практике по большинству случаев этот срок не превышает 15 (пятнадцать) календарных дней после получения Страховой компанией полного пакета документов.

В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате Страховщик обязан сообщить Застрахованному лицу (наследникам Застрахованного лица) письменно об отказе в Страховой выплате с указанием оснований для отказа или оснований, освобождающих Страховщика от обязанности произвести Страховую выплату, в течение 7 (семи) рабочих дней с даты принятия такого решения.

Решение об отказе в Страховой выплате принимается в течение представления Застрахованным лицом или его наследником в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предоставления заявителем всех необходимых документов, указанных в п. 12.6 настоящих Полисных условий, а также любых иных предусмотренных Договором страхования сведений и документов, запрошенных Страховщиком в установленном законом порядке и подтверждающих факт наступления и причину Страхового случая.

12.3. Принятие решения о Страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением Страхового события, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс и (или) Страховщиком

назначена дополнительная проверка, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствующих Страховой выплате. При этом Страховщик направляет Застрахованному лицу письменное уведомление с указанием причины отсрочки в принятии решения о Страховой выплате. Страховая выплата производится на банковский счет Страхователя (Застрахованного лица) или его наследников согласно действующему законодательству Российской Федерации.

12.4. Для получения Страховой выплаты по Страховому риску «Диагностирование Гриппа, Парагриппа или COVID-19» Страховщику совместно с заявлением на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов заявителем должны быть представлены следующие документы:

- копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Страхователя и Застрахованного лица (если Страховое событие произошло с Застрахованным Супругом/Супругой Страхователя – копия свидетельства о браке, с Застрахованным Ребенком – копия свидетельства о рождении), копия паспорта заявителя, если заявитель не является Застрахованным лицом. Копии документов, удостоверяющих личность, должны быть заверены надлежащим образом
- для подтверждения «COVID-19» – выписка из медицинской карты больного формы № 27/у, результаты анализов по наличию IgA, IgM, IgG и анализы биоматериала методом ПЦР, результаты инструментальных исследований (например, КТ), подтверждающие Заболевание «COVID-19»
- для подтверждения диагноза «Грипп», «Парагрипп» – выписка из медицинской карты больного формы № 27/у, результаты проведенных исследований, в том числе лабораторных исследований на грипп, парагрипп методом ПЦР (при наличии)

12.5. Для получения Страховой выплаты по Страховому риску «Госпитализация с диагнозом «Грипп», «Парагрипп» или «COVID-19», помимо документов, предусмотренных п. 12.6 настоящих Полисных условий, Застрахованному лицу необходимо дополнительно предоставить:

- выписку из истории болезни («Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» формы 27/У, стационарная форма), заверенную надлежащим образом.

12.6. Страховая выплата по Страховому случаю «Смерть по причине Гриппа, Парагриппа или «COVID-19» осуществляется наследникам умершего Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Для получения Страховой выплаты в этом случае наследниками Застрахованного лица дополнительно предоставляются следующие документы:

- свидетельство о праве на наследство с указанием наследников – оригинал или нотариально заверенная копия – и простые копии паспортов наследников
- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС;
- нотариально заверенная копия справки о Смерти с указанием причин Смерти из загса;
- акт патологоанатомического/судебно-медицинского исследования, если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось, посмертный эпикриз – оригинал или заверенная оригинальной печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица копия;
- окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного лица (в случае если вскрытие Застрахованного лица не проводилось).

12.7. Для получения Страховой выплаты по Страховому риску «Компенсация расходов на приобретение лекарственных средств для лечения заболевания «Грипп» и «Парагрипп», помимо документов, предусмотренных п. 12.6 настоящих Полисных условий, Застрахованному лицу необходимо дополнительно предоставить:

- рецепт, выписанный лечащим врачом (при наличии);
- чек (квитанцию об оплате, выписку по счету), подтверждающий оплату лекарственных средств Застрахованным лицом;
- рекомендации лечащего врача о назначении данного лекарственного препарата для лечения, прописанные в медицинском документе (например, выписка из амбулаторной карты, стационарной карты, выписной эпикриз или справка).

12.8. Любой иной, специальный, в том числе более узкий, перечень доку-

ментов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, может быть согласован по обоюдному согласию Сторон Договора страхования, если это продиктовано индивидуальными особенностями и условиями страхования, обстоятельствами дела и прочими особенностями. В этом случае Стороны закрепляют такое соглашение в Договоре страхования, приложениях или дополнениях к нему либо в виде отдельного соглашения Сторон.

Перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, однако, не может быть расширен по инициативе Страховщика.

Стороны также вправе по обоюдному согласию внести уточнения в перечень документов, необходимых для признания события Страховым случаем и принятия решения о Страховой выплате, на этапе урегулирования заявленного требования о Страховой выплате, если необходимость такого уточнения обусловлена конкретными обстоятельствами дела.

12.9. Все заявления о Страховой выплате должны быть представлены в письменной форме по форме, установленной Страховщиком. Все свидетельства, информация и доказательства, документы, предусмотренные настоящими Полисными условиями и Договором страхования и запрошенные Страховщиком, должны быть представлены бесплатно, в такой форме и такого содержания, как запрашивает Страховщик. Для возможности принятия Страховщиком решения о Страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, законный представитель) должен направить Страховщику письменное заявление с указанием фамилии, имени и отчества лица, с которым произошло страховое событие, даты, места и обстоятельств наступления Страхового события, желаемого способа получения Страховой выплаты с указанием всех необходимых реквизитов.

13/ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

13.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Стороны вправе задержать выполнение обязательств по Договору страхования на время действия таких обстоятельств.

14/ ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры по Договору страхования между Сторонами при недостижении взаимного согласия по их урегулированию разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных п. 14.2 Полисных условий.

14.2. Если споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) соответствуют критериям, указанным в ч. 1 ст. 15 Федерального закона № 123-ФЗ от 04.06.2018 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ), то до обращения такого потребителя с иском в суд они подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Законом № 123-ФЗ.

14.3. До направления обращения финансовому уполномоченному потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме, подлежащее рассмотрению Страховщиком в порядке и сроки, предусмотренные ст. 16 Закона № 123-ФЗ.

15/ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. При наличии противоречий между настоящими Полисными условиями и условиями, изложенными в страховом сертификате и дополнительных соглашениях, преимущество имеют условия, изложенные в страховом сертификате и дополнительных соглашениях.

УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СЕРВИСНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ
«МЕДИЦИНСКАЯ НАВИГАЦИЯ»

1.1. Организация оказания сервисного обслуживания «Медицинская навигация» осуществляется в порядке и объеме настоящих Полисных условий и, если оказание такого сервисного обслуживания предусмотрено Договором страхования.

1.2. В рамках сервисного обслуживания «Медицинская навигация» Застрахованному лицу предоставляются рекомендации по выбору Медицинского учреждения по профилю диагностированного Заболевания в Российской Федерации; обеспечивается координация процесса получения консультации в выбранном Медицинском учреждении; консультации по вакцинации от Гриппа (предоставляется информация о пунктах бесплатной вакцинации от Гриппа, о противопоказаниях и рекомендациях по типам вакцины).

1.3. Организация оказания сервисного обслуживания «Медицинская навигация» осуществляется в течение срока действия Договора страхования в отношении каждого Застрахованного лица.

1.4. Сервисное обслуживание «Медицинская навигация» доступно только по Заболеваниям, являющимся Страховыми событиями в рамках настоящих Полисных условий.

1.5. Оказание сервиса обеспечивается партнером Страховщика – юридическим лицом и (или) специализированной организацией, которое/которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг «Медицинская навигация», предусмотренных настоящими Полисными условиями.